

## Załącznik nr 7 Wzór szczegółowego harmonogramu udzielania wsparcia/działań w projekcie

### SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM UDZIELANIA WSPARCIA/ DZIAŁAŃ W PROJEKCIE

Nazwa Beneficjenta: Akademia Zdrowia Izabela Łajs

Nr Projektu: FEPK.07.15-IP.01-0084/23

Tytuł Projektu: „Aktywni na Podkarpaciu”

Za okres: 13.09.2026 r. – 16.09.2026 r.

| Lp. | Rodzaj wsparcia/działania (w przypadku szkoleń – dokładna nazwa szkolenia) <sup>1</sup> | Data udzielania wsparcia/ działania | Godziny udzielania wsparcia/ działania | Dokładny adres realizacji wsparcia/ działania <sup>2</sup> | Nazwa wykonawcy (np. w przypadku szkoleń, konferencji...) i numer telefonu trenera/ szkoleniowca lub opiekuna szkolenia/kursu oraz nazwa pracodawcy (w przypadku staży zawodowych) | Liczba uczestników | Strona internetowa, na której będzie dostępny harmonogram udzielania wsparcia.          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Indywidualne spotkanie z pośrednikiem                                                   | 13.09.2026                          | 08.00-20.00                            | Al.Krzyżanowskie go 30A 35-329 Rzeszów                     | Vector 505 412 458                                                                                                                                                                 | 6                  | <a href="https://akademia-zdrowia.pl/rzeszow/">https://akademia-zdrowia.pl/rzeszow/</a> |
| 2   | Indywidualne spotkanie z pośrednikiem                                                   | 16.09.2026                          | 16.00-20.00                            | Al.Krzyżanowskie go 30A 35-329 Rzeszów                     | Vector 505 412 458                                                                                                                                                                 | 2                  | <a href="https://akademia-zdrowia.pl/rzeszow/">https://akademia-zdrowia.pl/rzeszow/</a> |

11.09.2026

Data i podpis osoby sporządzającej

**DYREKTOR**  
**Akademii Zdrowia**  
*Izabela Łajs*

11.09.2026

Data i podpis osoby upoważnionej

**DYREKTOR**  
**Akademii Zdrowia**  
*Izabela Łajs*

<sup>1</sup> Dotyczy: szkoleń kwalifikacyjnych/kompetencyjnych, staży, poradnictwa zawodowego, identyfikacji indywidualnych potrzeb uczestnika, pośrednictwa pracy, warsztatów, poradnictwa psychologicznego, szkoleń/doradztwa, spotkań informacyjno-edukacyjnych, funkcjonowania podmiotów reintegracji społeczno-gospodarczej, działalności bieżącej przedszkola, zajęć dodatkowych dla dzieci przedszkolnych/uczniów, szkoleń/kursów dla nauczycieli przedszkola/szkół, szkoleń językowych dla osób dorosłych, kursów/szkoleń dla uczniów, staży/praktyk uczniów. Ponadto, dotyczy innych form wsparcia odbywających się w określonym miejscu i czasie według zaplanowanego przez Beneficjenta harmonogramu działań.

<sup>2</sup> Jeżeli nie jest możliwe precyzyjne wskazanie miejsca realizacji wsparcia/działania, to Beneficjent powinien podać obszar, na jakim jest ono udzielane.